FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N° 146

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Monsieur LUCAS Michel-Yves

Né le 22 MARS 1939, à OLLIOULES (Var)

Présentée et soutenue publiquement le *1965*

A propos d'un cas d'ÉPITHÉLIOMA PARA-MALPIGHIEN PRIMITIF de l'URÈTHRE MASCULIN

Président : **M. ABOULKER**

Professeur de Clinique Urologique à l'Hôpital Cochin, à PARIS

IMPRIMERIE NAZAIRIENNE

97, Rue Jean-Jaurès - SAINT-NAZAIRE (L.-A.)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Monsieur L U C A S Michel-Yves

Né le 22 Mars 1939 à OLLIOULES (Var)

Présentée et soutenue publiquement le 18 Mars 1965.

A PROPOS D'UN CAS D'EPITHELIOMA PARA-MALPIGHIEN PRIMITIF DE L'URETHRE MASCULIN.

Président : M. ABOULKER P. Professeur de Clinique Urologique

à l'Hôpital COCHIN - PARIS

Imprimerie Nazairienne

97, rue Jean-Jaurès

SAINT-NAZAIRE (L.A)

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN..... Gaston CORDIER
1er ASSESSEUR..... (Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR..... (Paul CASTAIGNE

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

Anatomie..... DELMAS (A.)
Anatomie pathologique..... DELARUE (J.)
Anesthésiologie..... BAUMANN (J.)
Biochimie médicale..... JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquées à l'Education physique et aux Sports.. MALMEJAC (J.)
Biologie médicale..... FAUVERT (R.)
Biophysique médicale..... BUGNARD (L.)
- - ..... DOGNON (A.)
- - ..... DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale..... BERNARD (J.)
Chimie pathologique..... SCHAPIRA (G.)
Embryologie.....TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale..... N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie..... JOANNON
Histologie..... GIROUD (A.)
Hygiène et medecine préventive..... BOYER (J.)
Médecine du travail..... DESOILLE (H.)
Médecine légale..... DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)..... FASQUELLE (R.)
Parasitologie..... BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale..... LAURENCE (G.)
Pathologie exotique..... N....
Pathologie expérimentale et comparée..... NERKLEN (F.-P.)
Pathologie Médicale..... LAROCHE (CL.)
- - ..... BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire..... TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales..... DEPARIS (M.)
Pharmacologie..... CHAYMOL (J.)

Physiologie..... BARGETON (D.)
- ..... PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales..... LEPAGE (F.)
Radiologie médicale..... DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale..... CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique..... CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée..... LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique..... OLIVIER (G.)
Biochimie médicale..... (DESGREZ (P.)
(POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale..... BOURLIERE (F.)
Pharmacologie..... LEVY (Melle J.)
Physiologie..... DEJOURS (P.)
Physique médicale..... (KELLERSHOHN (L.)
(GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale..... FISCHGOLD (H.)

-

-

-

-

-

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIE (P.)
Cliniques chirurgicales	(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	(Cochin	LEGER (L.)
	(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	(Pitié	CORDIER (G.)
	(St-Antoine	GOSSET (J.)
	(Salpêtrière	SICARD (A.)
	(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais		DUBOST (CH.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	(Broussais	MILLIEZ (P.)
	(Broussais	LENEGRE (J.)
	(Cochin	BROUET (G.)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	(Lariboisière	SEZE (S. de)
	(Pitié	DREYFUS (G.)
	(St-Antoine	KOURILSKY (R.)
	(St-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat		DEBRAY (CH.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais		JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu		DEROT (M.)
Clinique de neuro-Chirurgie (Pitié		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	(Baudelocque	LACOMME (M.)
	(Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique	(Hôtel-Dieu	RENARD (G.)
- -	(Cochin	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul		N...

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534910_0007

linique de pneumo-phtisiologie (Laennec..... BERNARD (E.)
linique de neuro-psychiatire infantile (Salpêtrière..... MICHAUX (L.)
linique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin..... COSTE (F.)
linique de stomatologie (Salpêtrière..... DECHAUME (M.)
linique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard..... ROUX (M.)
linique thérapeutique médicale (St-Antoine..... LEMAIRE (A.)
linique toxicologique..... GAULTIER (M.)
linique urologique (Cochin..... ABOULKER (P.)
linique chirurgicale orthopédique et traumatologique.... PADOVANI (P.)
éméiologie médicale..... DOMART (A.)
éméiologie et clinique chirurgicales..... POITEUX (P.)
éméiologie traumatique et orthopédique..... JUDET (R.)
linique urologique (Necker..... COUVELAIRE (R.)
ygiène et clinique de la première enfance (Trousseau.... N...

b) Professeurs à titre personnel : MM.

ydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
aladies infectieuses	BASTIN (R.)
	(AZERAD (E.)
	(BOUR (H.)
	(LAMBLING (A.)
édecine	(LHERMITTE (F.)
	(PEQUIGNOT (H.)
	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
to-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
neumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
humatologie	DELBARRE (F.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES.

Anatomie.....	(CABROL (C.) (COUINAUD (C.) (GILLOT (C.) (HUREAU (J.)
Anatomie pathologique....	(GAUTHIER-VILLARS ((Melle P.) pr.s.ch. (ABELANET (R.) (CHOMETTE (G.) (GOUTGOU (M.) pr.s.ch. (NEZELOFF (CH.) (ORCEL (L.) (PAILLAS (J.)
Anesthésiologie.	(H. du TOUCHET (Mme.) (KERN (E.) (VOURCH (G.)
Bactériologie...	(BARBIER (P.) pr.s.ch. (CHRISTOL (D) (DAGUET (G.) (LE MINOR (L.) (TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	(BAULIEU Et.m.conf. (BOURILLON (R.) (CARTIER (P.) pr.s.ch. (CORNILLOT (P.) (DREYFUS (J.-Cl.) (GOUNARD (P.) (JEROME (H.) (KRUH (J.) (LEGRAND (J.-Cl.) (NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports....	PLAS (F.
Chirurgie générale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr.s.ch.
Hydrologie.....	(BESANCON (F.) (CORNET (A.)
Hygiène.....	(BLANCHER (G.) (CORRE-HURST (L.) (ROUSSEL (A.) (SAPIN-JALOUSTRE
Maladies infectieuses.....	(DUPONT (V.) (LISSAC (J.) (RAPIN (M.)
Maladies métaboliques.....	(ANTOINE (J.) (CROSNIER (J.) (RICHET (G.) (SEBAOUN (J.)
Médecine légale..	(BOUROUIGNON (A.) (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.) (HADENGUE (A.)
Médecine du travail.....	(ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie..	(PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	(CAMBIER (J.) (CATHALA (H.) (ESCOUROLLE (R.) (GAUTIER (J.-C.) (LAPRESLE (J.) (LEREBOULLET (J.) (PICHOT (P.) (TARDIEU (G.)
Obstétrique.....	(GRANJON (J.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (LEVY (J.) (LEWIN (D.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (SENEZE (J.) (SUREAU (C.) (TCHOBROUTSKY (THOYER-ROZAT

MM.

arcinologie....	(BOIRON (M.) (DENOIX (P.) (MATHE (G.) (SELIGMANN (M.)
ardiologie.....	(HATT (P.-Y.)
ermato- yphiligraphie..	(CIVATTE (J.) (DUPERRAT (B.) (HEWITT (J.) (TOURAINE (R.)
lectro- adiologie.....	(HEITZ (P.) m.conf. (LEDOUX-LEBARD (G.)
mbryologie.....	(ROUX (CH.)
ématologie.....	(BESSIS (M.) (BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.) (DUHAMEL (G.)
istologie.....	(COUJARD(R.)pr.s.ch. (DA LAGE (MAROIS (M.) (RACADOT (J.) (SCHRAMM (B.)
Ophtalmologie..	(AUVERT (Mme B.) (BREGEAT (P.) (DUBOIS (A.) (FONTAINE (Mme.M.) (SARAUX (H.)
Orthopédie.....	(DUPARC (J.) (MAURER (P.) (MEARY (R.) (POSTEL (M.) (RAMADIER (J.)
Oto-rhino- Laryngologie...	(DEBAIN (J.) (PIALOUX (P.) (SERGENT (H.)
Parasitologie..	(GOLVAN (Y.) (HO THI SANG (Melle) (LAPIERE (J.)

MM.

athologie
hirurgicale..(BARGAT (J.)
(BINET (J.-P.)
(BLONDEAU (PH.)
(CERBONNET (G.)
(CHATELIN (C.-L.)
(DAUTRY (P.)
(DEMIRLEAU
(DUBOST (Cl.)
(FAUREL (J.)
(FLABEAU (F.)
(CALEY (J.-J.)
(GARBAY (M.)
(GARNIER (H.)
(GAUDART-d'ALLAINES
(Cl. de)
(GERMAIN (A.)
(LATASTE (J.)
(LOYGUE (J.)
(MAILLARD (J.-N.)
(MERCADIER (M.)
(NATALI (J.)
(PELLERIN (D.)
(PERROTIN (J.)
(PREMONT (M.)
(ROBERT (H.)
(THOMERET (G.)
(VAYSSE (J.)

athologie
xotique.....(SCHNEIDER (J.)

athologie
xpérimentale.(BERTHAUX (P.)
(COTTENOT (FR.)
(LOEPER (J.)pr.s.ch.
(MAURICE (J.)
(MILOL (Cl.)
(PAUPE (J.-R.)

Pédiatrie-
Puériculture...(ALAGILLE (D.)
(ALISON (J.)
(CANLORBE (P.)
(GORIN (R.)
(LAFOURCADE (J.)
(LEPERCQ (G.)
(LESTRADET (H.)
(MALLET (R.)
(MANDE (R.)
(MINKOWSKY (A.)
(MOZZICONACCI (P.)
(POLONOVSKI (C.)
(REY (J.)
(RIBIERRE (M.)
(ROSSIER (A.)
(VIALATTE (J.)

Pharmacologie..(BOISSIER (J.)
(LECHAT (P.)

Physiologie....(CARRES (G.)
(DURAND (J.)
(DIRARD (FR.) m.conf.
(HUGELIN (A.)
(LAURENT (D.)
(SCHERRER (J.)
(pr.s.ch.
(VASSEUR (B.)

Physique
médicale.....(CHANTEUR (J.)
(COURSAGET (J.)
(GREMY (F.) m.conf.
(MILHAUD (G.)
(PACES (J.-CL.)
(PELLERIN (P.)
(ROUCAYROL (J.-C.)
(pr.s.ch.
(TUBIANA (M.)m.conf.

MM.

	(ACAR (J.)
	(AUQUIER (L.)
	(AUSSANNAIRE (M.)
	(BEAUMONT (J.-H.)
	(BERNIER(J.-J.)
	(BOUVIER (J.)
	(BOUVRAIN (Y.)
	(BRISSAUD (H.)
	(BROCARD (H.)
	(BUGE (A.)
	(CANIVET (J.)
	(CARLOTTI (J.)
	(CALMAT (J.)
	(CHRETIEN (J.)
	(CLOAREC (M.)
	(COBLENTZ (B.)
	(CONTAMIN (F.)
	(COURY (C.)
	(DERRAY (J.)
	(ETIENNE (J.-P.)
Pathologie médicale.....	(FREZAL (J.)
	(FRITEL (D.)
	(FUNCK-BRENTANO (J.-L.)
	(GRIVAUX (M.)
	(HAZARD (J.)
	(HENNEQUET (A.)
	(HIMBERT (J.)
	(HOUSSET (E.)
	(LAGRUE (G.)
	(LESOBRE (R.)
	(LEVEQUE (B.)
	(MACREZ (C.)
	(MOREAU (L.)
	(NENNA (A.)
	(NICK (J.)
	(POULET (P.)
	(ROYER (P.)
	(TCHERDAKOFF (PH.)
	(THIBAULT (PH.)
	(TOURNEUR (R.)
	(VILLIAUMEY (J.)
	(WOLFROMM (R.)

Pneumo-phtisiologie....	(DEGROIX (G.)
	(ISRAEL (L.)
	(MEYER (A.)
	(RENAULT (P.)
	(SORS (CH.)
Psychiatrie infantile.....	(DENIKER (P.)
	(DUCHE (D.)
	(FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale.....	(DUBOST (J.)
	(LEFEBVRE (J.)
	(MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie....	(MASSIAS (P.)
Stomatologie....	(CHAUMEPE (J.)
	(CERNEA (P.)
	(CHAPUT (Mme A.)
	(m.c.agr.
	(OBERT (CL.)
	(FLEURY (R.)
	(GRELLET (M.)
Thérapeutique...	(CHASSAGNE (P.)
	(FOUET (P.)
	(LABEL (R.)
	(MARCHE (J.)
Urologie.....	(AUVERT (J.)
	(MOUIONGUET (A.)
	(QUENU (L.)

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

AR DELIBERATION EN DATE DU 8 DECEMBRE 1798, L'ECOLE A ARRETE QUE LES
PINIONS EMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SERONT PRESENTEES,
OIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE
'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION.

- A mes Parents

Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma profonde affection et de toute ma reconnaissance pour m'avoir permis d'entreprende mes études médicales.

- A ma femme

Je lui dédie très simplement et tout particulièrement ce travail.

A ma soeur

Son aide et ses encouragegements m'ont été des plus précieux.

- A mes Beaux-parents

  Qu'ils soient assurés de mon profond attachement.

- A toute ma famille.

- A tous mes amis.

- A tous mes camarades d'Internat.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur Pierre ABOULKER
Professeur de Clinique Urologique à l'Hôpital COCHIN

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de cette Thèse.

Qu'il trouve dans ce modeste travail le témoignage de ma profonde gratitude pour la bienveillante attention qu'il m'a accordée.

- A Messieurs les Professeurs Membres de mon Jury.

- A Monsieur le Docteur Rouchy

Directeur de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie d'Angers

- A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine d'Angers.

- A Monsieur le Docteur Gaston Delouche

Il m'a inspiré ce travail

Qu'il trouve ici le témoignage de ma profonde gratitude et de mon admiration envers ses hautes qualités chirurgicales.

Monsieur le Docteur Jagot

Je suis très heureux de lui exprimer par ce travail l'expression de ma profonde gratitude pœur la confiance qu'il m'a toujours accordée.

Ses grandes qualités d'enseignant m'ont été des plus précieuses.

Qu'il soit assuré de toute mon admiration envers sa grande expérience chirurgicale.

Monsieur le Docteur Robert Gentin

Monsieur le Docteur François Gentin

Qu'ils trouvent dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance.

Leurs éminentes qualités chirurgicales, leur conscience professionnelle, leur minutie suscitent journellement mon admiration.

- A Messieurs les Médecins Chefs de Service et Assistants de l'Hôpital de Saint-Nazaire.

A PROPOS D'UN CAS D'EPITHELIOMA PRIMITIF PARA-MALPIGHIEN DE L'URETHRE MASCULIN

INTRODUCTION

L'épithélioma primitif de l'urèthre masculin est une affection rare puisque deux cent quarante deux observations seulement avaient été publiées en 1954 (A. Guillemin, P. Guillemin, A. Brulé) dans la littérature. Actuellement, le nombre des publications ne dépasse pas le millier.

D'une fréquence relative très faible parmi les statistiques globales des cancéreux, elle l'est aussi parmi celles intéressant uniquement les "urinaires" :

- 3 cas d'épithélioma primitif de l'urèthre sur 3 512 urinaires masculins hospitalisés de 1942 à 1952 (Clinique urologique de Nancy).
- 3 cas sur 4 000 urinaires (Englisch).
- 1 cas parmi 509 cancers sur2227 urinaires (Gonzales et Gomez).

Cette statistique, très courte mais éloquente, montre donc la rareté de cette localisation cancéreuse. Par ailleurs, la majorité des auteurs s'accorde à reconnaître le cancer de l'urèthre masculin comme étant - outre d'un traitement délicat - d'un diagnostic difficile, posé extrêmement souvent avec retard, cela pour plusieurs raisons qui seront exposées ultérieurement.

L'observation rapportée ici est assez remarquable en elle-même car le diagnostic d'épithélioma primitif de l'urèthre fut posé avec certitude très rapidement, à un stade peut avancé de son évolution, le malade ayant été vu tôt - ce qui est loin d'être la règle dans cette affection - et ce qui permit d'entreprendre aussitôt un traitement chirurgical curatif, l'état général du malade le permettant.

Ce traitement, avec un recul de bientôt cinq ans, s'étant avéré très satisfaisant.

OBSERVATION RAPPORTEE :

" Un cas de cancer de l'urèthre

(Résection et rétablissement de la continuité)

par Mr Gaston DELOUCHE (A.I.H.P.)
(La Baule)

Journal d'Urologie 1962.

" En Mars 1960, Mr A..., âgé de 57 ans, vient à ma consultation pour une induration préri-urèthrale, située dans la région de l'urèthre bulbaire, un peu en arrière de la racine de la verge. Cette induration est légèrement douloureuse et gêne la miction. Elle est apparue progressivement depuis 3 mois environ, elle est dure, indolore à la palpation, bien limitée, de la taille d'une petite noix. Les territoires ganglionnaires inguinaux et rétro-cruraux sont absolument libres.

Bien qu'il existe une certaine dysurie, il est très facile de passer un urètroscope qui ne donne pas de renseignements caractéristiques : la muqueuse est enflammée, un peu infiltrée et saigne facilement au contact, mais il n'existe ni ulcération, ni bourgeon.

Un examen des urines montre une pyurie légère à enrérocoques, sensible à la Furadoïne. Pensant d'abord à une péri-urèthrite infectieuse, on donne un traitement anti-infectieux. Au bout de 12 jours, les troubles fonctionnels légers que présentait le malade, et notamment la dysurie, ont entièrement disparu.

Cependant, à l'examen, la masse urèthrale n'a absolument pas changé d'aspect, gardant toujours le même volume et la même dureté.

Sous anesthésie locale, on prélève un fragment pour examen anatomo-pathologique.

Le 24 Avril 1960, Jacques CHEVALLEY répond :

"Epithélioma épidermoïde avec tendance dyskératosique par places. Evolution par pénétration et dilatation des culs-de-sac

Glandulaires muqueux et par extension dans un chorion très collagène ou fibromyomateux. La stroma-réaction est réduite, les mitoses et monstruosités sont rares.

Cet épithélioma épidermoïde provient du revêtement para-malpighien du canal, ou bien d'une métaplasie du revêtement des glandes muqueuses bordantes. La possibilité d'une origine prostatique est rare dans de telles images, mais doit être notée dans le cadre d'une semblable métaplasie glandulaire, étant donné les incidences thérapeutiques."

On décide, devant ce résultat, de pratiquer immédiatement une urèthrectomie : on fait une large incision depuis la partie postérieure de la verge jusqu'au périnée et on enlève tout l'urèthre membraneux jusqu'à la partie moyenne de l'urèthre pénien, en restant très à distance de la tumeur. On rapproche la peau pour recouvrir le lit de l'urèthroctomie. Les deux extrémités de l'urèthre sont abouchées aux fragments de peau ainsi rapprochées. Une cystostomie sus-pubienne est pratiquée dans le même temps.

Les territoires ganglionnaires perceptibles étant libres, on ne pense pas nécessaire d'effectuer un curage glanglionnaire.

Un nouvel examen histologique est demandé à Jacques Chevalley. Il confirme le premier examen :

"il s'agit d'un épithélioma d'allure épidermoïde et lobulé qu'on voit naître de la muqueuse para-malpighienne du canal urèthral. On précise surtout l'extension en hauteur le long du canal, et en périphérie dans l'épaisseur de la résection.

A la partie la plus haute, vers la vessie semble-t-il, la section passe très près de la tumeur qui borde presque les 2/3 de la circonférence.

Vers le bas, l'épithélioma existe encore à la jonction du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur, puis cesse avec la gaine fibreuse épaisse ; le bout inférieur est indemne.

En périphérie, extension variable selon les niveaux, ne dépassant pas la moitié de l'épaisseur en général, mais parfois, on voit dans la gaine fibro-vasculaire, un peu de lymphangite avec cellules suspectes.

Au total, épithélioma surtout étendu le long du canal et vers une extrémité de la portion réséquée et la question d'une irradiation post-opératoire se discute."

Je comptais faire cette irradiation très rapidement après l'intervention et y ajouter une irradiation des territoires ganglionnaires, car, si les creux inguinaux étaient indemnes, une métastase plus profonde, iliaque externe ou interne, était toujours possible.

Ce n'est que secondairement que j'envisageais la réfection de l'urèthre.

En fait, le malade - encore très actif et ne réalisant absolument pas qu'elle était la nature de sa lésion - supportait très mal son infirmité. Il insistait beaucoup pour que j'y mette fin. Par ailleurs, le fait que la cystostomie était assez mal tolérée entraînant des poussées thermiques fréquentes, m'a décidé à rétablir la continuité urèthrale assez rapidement, puisque un mois après la première intervention, la région pénoscrotale me paraissant entièrement cicatrisée, j'intervenais pour refaire la portion urèthrale réséquée.

J'ai fait la réfection en m'inspirant de la téchnique de Denis Brown pour les hypospadias par un greffon cutané prélevé sur la peau de bourses sous laquelle je l'ai enfoui..

Au bout de trois semaines, tout paraissait cicatrisé après un très léger suintement au niveau du point de jonction postérieur du greffon et de l'urèthre.

J'ai alors placé une sonde urèthrale avec quelques difficultés car un rétrécissement s'est formé à ce niveau, qu'il a été difficile de dilater au début, car cela entraînait des accidents infectieux importants.

Cependant, à partir du mois d'octobre, les mictions sont devenues normales quoique un peu lentes. Le malade a suivi alors un traitement radiothérapique intensif :

- 3 500 r sur un champ périnéal.
- 3 600 r sur un champ sus-pubien.

Depuis ce moment, il se porte bien, ne se plaint plus de troubles mictionnels et a repris son travail. Au 1er Novembre 1964, il va toujours très bien et, après 4 ans 1/2 d'évolution, il semble qu'on puisse envisager le pronostic avec plus d'optimisme que lorsque la publication a été faite.-

-=-=-=-=-=-=-=-

C O M M E N T A I R E S

E T I O L O G I E

L'étiologie de l'épithélioma primitif de l'urèthre masculin
t - comme généralement en matière de cancer - des plus incertaines.

Certains auteurs insistent sur l'influence de certains facteurs
vorisants, tels un rétrécissement et une irritation chroniques de
urèthre (Denman, Spence, Howe, Prentiss, Mullenix, Feeney).

Ceci pose bien sûr le rôle possible des affections gonococciques
ns l'induction de l'épithélioma.

Dans une statistique récente, portant sur 12 cas de cancer de
urèthre masculin (Lowell-King), l'auteur rapporte que sur cette
rie de 12 cancéreux, neuf d'entre eux présentaient des antécédents
nococciques, source de rétrécissement et d'irritation chroniques
canal uréthral (Rizzi, Imbert, Marcillac) ; il ne semble pas
ssible d'en tirer des conclusions absolues.

L'infection gonococcique est trop banale pour qu'on puisse y
tacher quelque importance.

Dans l'observation rapportée ici, aucun antécédent uro-génital
était noté chez notre malade.

INTERET DE CETTE OBSERVATION

Cette observation s'avère très intéressante pour plusieurs aisons : elle décrit tout d'abord une affection rare dans le adre de la pathologie en général et non moins rare dans le cadre es cancers des voies urinaires mâles.

Elle tire également un réel intérêt par le fait que le iagnostic fut posé très rapidement avec certitude, le malade yant été vu tôt puisqu'il consulta dès la constatation d'une umeur périnéale qui l'inquiéta suffisamment pour se faire soi-ner aussitôt. Ainsi que nous l'exposerons par la suite, cet état e chose n'est pas la règle car ces malades atteints d'affection e la sphère urogénitale attendent généralement longtemps avant e consulter l'urologue. Il existe, d'ailleurs, une autre raison xpliquant que ces malades sont vus tardivement : les cancers rimitifs de l'urèthre masculin surviennent dans bien des cas hez des malades ayant déjà des troubles urinaires, anciens blen-orragiques rétrécis, chez lesquels l'apparition de la dysurie 'attire pas immédiatement l'attention, non seulement du malade ais parfois du médecin.

Ce n'était pas le cas ici puisque notre malade n'avait aucun assé urinaire. Si, au début, on a pu être égaré par la pyurie con-omitante, rapidement la persistance de la masse, malgré le traite-ent anti-infectieux, a fait envisager le diagnostic. Seule, d'ail-eurs, la biopsie pouvait l'affirmer car l'urèthroscopie, comme il st fréquent au début, ne donnait pas de renseignements très con-luants.

Le caractère de cette tumeur qui était un épithélioma para-alpighien semble en faire une des formes les plus rares des cancers e l'urèthre qui sont en grande partie des épithéliomas pavimenteux

yant été très largement effectuée, le problème du rétablissement
e la continuité se posait. Une urètrorraphie était évidemment
rpossible. Nous avons pensé qu'une urètroplastie cutanée du type
enis Brown serait la plus facile.

Rapidement, les résultats ont été satisfaisants. Les accidents
nfectieux qui ont abouti à un rétrécissement localisé - qui semble
eureusement ne plus évoluer -- ont été peut-être dus au peu de temps
ui s'est écoulé entre les deux interventions. Il eut certainement
ieux valu attendre plusieurs mois avant de faire l'urètroplastie,
ais le malade tolérait si mal sa cystostomie qu'il était impossible
e le faire patienter.

Ultérieurement, on pourrait évidemment craindre l'apparition de
roubles dus au système pileux de la région où a été prélevé le
reffon. En réalité, le malade a reçu une telle dose de rayon X
u'il est peu probable qu'une telle crainte soit justifiée.

Restait enfin le pronostic tardif du cancer. Localement, l'in-
ervention était semblait-il assez large, quoique d'après l'histolo-
iste, on soit passé, en arrière, très près de la tumeur contraire-
ent à ce qu'il semblait à l'intervention.

Par contre, les métastases ganglionnaires possibles n'ont pas
té touchées car elles siègent en partie dans le petit bassin, le
ong de l'iliaque externe, elles n'étaient pas perceptibles.

L'absence d'adénopathie inguinale et rétro-crurale est cepen-
ant d'un bon pronostic. De plus, l'irradiation de la région pelvienne
été très importante.

Après un bref rappel d'anatomie (emprunté à F.G Hourtoulle et
. Gérard - Le petit bassin, Anat.) de l'urèthre masculin, nous

égagerons avec plus de précision, en passant en revue les traits
ssentiels de l'épithélioma primitif de l'urèthre masculin, les
ifférents facteurs qui montrent l'intérêt et le caractère instructif,
urtout sur le plan chirurgical, de cette observation.

- RAPPEL DE L'ANATOMIE DE L'URETHRE CHEZ L'HOMME.

- LYMPHATIQUES.

Nous rappellerons brièvement l'anatomie descriptive de l'urètre masculin.

De son origine au col de la vessie, l'urèthre traverse d'abord la prostate (urèthre prostatique), puis le plan moyen musculo-aponévrotique du périnée (urèthre membraneux. L'ensemble de ces deux portions constituant l'urèthre postérieur . Il pénètre ensuite dans une gaine érectile, corps spongieux, qui l'entoure jusqu'à sa terminaison. L'urèthre spongieux, ou urèthre antérieur, traverse la loge inférieure du périnée antérieur, passe sous la symphyse pubienne, puis parcourt la verge sur toute sa longueur, pour se terminer au niveau du méat.

On peut dons diviser cette portion en urèthre périnéo-scrotal et urèthre pénien.

Au point de vue vascularisation, la circulation artérielle peut être schématisée ainsi :

- l'urèthre prostatique : comme la prostate, essentiellement l'artère prostatique, branche de la génito-vésicale, accessoirement rameaux de l'hémorroïdale moyenne et de la vésicale antérieure.

- l'urèthre membraneux : quelques artérioles nées directement de la honteuse interne, d'autres de l'hémorroïdale inférieure et de la périnéale superficielle.

- l'urèthre spongieux : artère bulbaire née de la honteuse interne, artère bulbo-urèthrale née de la honteuse interne derrière la symphyse ; artère dorsale de la verge, terminale de la honteuse interne.

Les veines :

Sont plus nombreuses et plus volumineuses que les artères. lles se jettent suivant le segment considéré dans la veine dorsale rofonde de la verge, dans le plexus de Santorini, vésico-prostatique et séminal.

Les lymphatiques de l'urèthre sont très importants à connaître, ien entendu en matière de cancer.

Réseau d'origine :

Muqueux, fait de vaisseaux richement anastomosés, parallèles à la direction de l'urèthre dont le réseau va croissant d'arrière en avant pour être maximum au niveau de la fosse naviculaire.

Collecteur :

- portion pénienne : apparus sur la face inférieure, ils ontournent les faces latérales des corps caverneux, suivant la veine orsale profonde et atteignent les ganglions inguinaux et rétro-ruraux internes.

- portion bulbo-membraneuse : la plupart suivent l'artère ulbaire, puis la honteuse interne pour gagner les ganglions hypogastriques. Certains se portent en avant vers le pubis et gagnent un anglion rétro-crural interne. D'autres montent devant la vessie et ont à la chaîne interne des ganglions externes.

- portion prostatique : s'unissent à ceux de la glande :

- pédicule iliaque externe (ganglion interne moyen).
- pédicule hypogastrique.
- pédicule postérieur vers les ganglions sacrés latéraux et du promontoire.
- pédicule inférieur suivant la honteuse interne.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

F R E Q U E N C E

Survenant avec une fréquence bien moindre chez l'homme que chez la femme, l'épithélioma primitif de l'urèthre masculin est - ainsi que nous l'avons signalé dans l'introduction - une affection rare. Il suffit de consulter quelques statistiques que nous avons recherchées parmi la littérature française et étrangère :

- 3 cas d'épithélioma primitif de l'urèthre masculin de 1951 à 1961 (Ian M. Thompson et F. Gary Bivings).

-- 12 cas d'épithélioma primitif de l'urèthre masculin de 1952 à 1961 (Lowell R. King - Hôpital John Hopkins Baltimore).

- 5 cas d'observations personnelles publiées en 1963 par Howe, Prentiss, Mullenix et Feeney).

- En 1960, Tech ne retrouve dans la littérature que 27 cas d'adénocarcinome primitif de l'urèthre masculin.

- Englisch : 3 cas sur 4 000 urinaires.

- Gonzales et Gomez : 1 cas d'épithélioma sur 2 227 urinaires dont 509 cancéreux.

Ces deux dernières statistiques sont empruntées à A. Guillemin et P. Guillemin et A. Brulé (Journal d'Urologie 1954) qui rapportent leurs statistiques personnelles, c'est-à-dire 3 cas de cancer de l'urèthre pour 3 512 malades du sexe masculin hospitalisés de 1942 à 1962 (Clinique Chirurgicale Urologique de Nancy).

- 1 cas d'épithélioma primitif de l'urèthre masculin G.Delouche) Journal d'Urologie - juin 1962.

En conclusion : Affection rare.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

ANATOMIE PATHOLOGIE

Nous avons souligné en particulier l'intérêt de l'observation décrite ici sur le plan anatomo-pathologique.

En effet, parmi les épithéliomas de l'urèthre masculin habituellement rencontrés, l'épithélioma para malpighien est l'une des formes les plus rares (2 % d'après A. et P. Guillemin et A. Brulé). D'après ces auteurs, la fréquence des différentes formes habituellement rencontrées est la suivante:

- Epithélioma pavimenteux spino-cellulaire	71 %
- Epithélioma pavimenteux baso-cellulaire	13 %
- Epithélioma intermédiaire	3 %
- Epithélioma cylindrique	4 %
- Epithélioma para-malpighien	2 %

Parmi les formes d'origine glandulaire :

- Carcinome papillaire	4 %
- Adénocarcinome	2,5 %
- Epithélioma mucoïde	0,5 %

Howe, Prentiss, Mullenix et Feeney, sur 20 observations, rapportent les fréquences suivantes :

- 11 cas : épithéliomas baso ou spino-cellulaires
- 3 cas : épithéliomas intermédiaires
- 2 cas : adénocarcinome des glandes péri-urèthrales
- 2 cas : anaplasiques.
- 2 cas : origine indéterminée.

Lowell R. King sur 12 cas rapporte les statistiques suivantes :

- 9 cas : épithéliomas baso ou spino-cellulaires
- 2 cas : épithéliomas intermédiaires
- 1 cas : tumeur mixte.

La forme para-malpighienne décrite dans cette observation est donc de fait une des plus rares.

A noter également dans ces différentes statistiques la rareté des formes d'origine glandulaire.

CLINIQUE - INTERET DES EXAMENS PARA-CLINIQUES

Signes de début.

Le diagnostic d'épithélioma primitif de l'urèthre masculin st rarement posé au tout début de son évolution. L'épithéliomateux chappe souvent au diagnostic; Pourquoi ?

Il semble - avec Guillemin et Brulé de Nancy - qu'il existe rois raisons principales expliquant ce retard dans le diagnostic t les causes d'erreur :

- en premier lieu, il s'agit - ainsi que nous l'avons éjà souligné - d'une affection rare, à laquelle on ne pense pas ystématiquement.

- en second lieu, un facteur psychique important entre n jeu. Les malades atteints d'affections de l'appareil uro-génital ossèdent un psychisme tout à fait particulier ; ils sont peu enclins consulter, d'autant que bon nombre d'entre eux, anciens blennorra- iques rétrécis, mettent l'existence des troubles ressentis sur le ompte de leurs "petites histoires antérieures".

Enfin, la symptômotologie du cancer de l'urèthre mâle est toute 'emprunt et souvent banale (Guillemin - Brulé).

Il n'existe pas un ensemble de faits cliniques dont l'associa- ion permette à coup sûr de porter le diagnostic d'épithélioma.

Ce ne sera que grâce à quelques examens spécialisés et à une tude attentive des symptômes apparaissant suspects que l'on soupçon- era le diagnostic.

Avant d'étudier les signes de début de l'atteinte néoplasique
e l'urèthre masculin, il est nécéssaire et indispensable de dif-
érencier deux catégories de malades : ceux possédant un passé
rinaire ou génital de ceux dont l'affection apparaît comme une
anifestation première.

Ceci est essentiel car dans la seconde éventualité, le dia-
nostic est encore plus difficile à poser.

Les auteurs nancéens adoptent une classification très judi-
ieuse, en distinguant d'une part ce qu'ils dénomment les "symptô-
es précoces primitifs" et les "symptômes précoces secondaires".
e sont des signes qui doivent alerter le praticien.

Parmi les symptômes précoces primitifs, c'est-à-dire, surve-
ant chez des malades sans antécédents génito-urinaires, ce sont
vant tout des signes de rétrécissement urèthral (80 %) qui domi-
ent la scène. Les auteurs américains insistent également beaucoup
ur ce signe qui leur est apparu le plus fréquent.-
Le symptôme le plus fréquemment rencontré est l'obstacle à la
iction" (Harry M. Spence - John Denman).

A ce signe majeur s'associent d'autres signes devant faire
uspecter la lésion : ce sont des écoulements urèthraux des urèthro-
agies (signe de grande valeur), parfois des douleurs pelviennes
ur lesquelles insistent Spence et Denman, ainsi que sur la présence
'une masse tumorale palpable (42 %). C'était le cas du malade
ont l'observation est rapportée ici.

Dans leurs séries, les mêmes auteurs américains ont constaté dans 32 % des cas une formation fistuleuse, tandis qu'une hématurie révélatrice ne se retrouve que dans 10 % des cas. Lowell R. KING rapporte 2 cas d'hématurie comme premier symptôme sur 12 malades porteurs d'un épithélioma.

Dans 3 cas le premier symptôme se révélait être une masse tumorale palpable. Dans 2 cas, il s'agissait d'un abcès péri-urèthral.

Mais, qu'il s'agisse d'un rétrécissement, d'une hématurie, de douleurs pelviennes, etc... l'urèthre traduit sa souffrance par quelques signes plus ou moins constants qui sont :
A. Guillemin, P. Guillemin, A. Brulé)

- des urèthrorragies (signe suspect majeur)
- des écoulements
- des brûlures mictionnelles
- de la dysurie.

Tous signes qui devront mettre en éveil l'esprit critique du chirurgien. L'un quelconque de ces signes devra entraîner la mise en oeuvre systématique d'examens appropriés afin de rechercher leur véritable origine. C'est à ce prix que l'on pourra parfois porter le diagnostic d'épithélioma du canal.

Le diagnostic est encore plus ardu à poser lorsqu'on se trouve en présence d'un malade déjà porteur ou ayant présenté une affection génito-urinaire antérieure. Quelques modifications de la symptômatologie pourront éveiller l'attention. En particulier, devront être suspectés de dégénérescence épithéliomateuse de

'urèthre, les malades qui, dilatés régulièrement, petit à petit, écessitent à intervalles de plus en plus rapprochés de nouvelles ilatations.

Egalement... "une persistance anormale d'un saignement après n cathètèrisme de l'urèthre chez un rétréci chronique, malgré des anoeuvres douces et patientes, devra éveiller l'attention et faire uspecter l'atteinte néoplasique du canal " (Spence Denman).

D'autres signes ont une valeur importante. Ainsi, l'augmentation des douleurs ou leur apparition chez un rétréci, des algies ictionnelles et périnéales, une diminution progressive de la orce du jet, une intensification de la pollakyurie malgré des ilatations régulières et faciles, doivent être suspects.

Enfin, tout polype, tout papillome de l'urèthre se reproduisant rapidement malgré les thérapeutiques classiques doivent intriguer. (Guillemin - Brulé).

Tels sont les différents signes de début. Au stade d'épithélioma évoluant localement, c'est-à-dire au stade 2, la symptômatologie peut être beaucoup plus caractéristique.

Harry Spence et John Denman rapportent les statistiques suivantes :

- 42 % des patients consultent pour une masse tumorale palpable, soit au niveau de l'urèthre antérieur, mobile, soit au niveau de la portion fixe du canal.

- 32 % présentent une formation fistuleuse.

- 10 % consultent pour une hématurie.

Le malade de notre observation s'inquiètait d'une induration péri-urèthrale située dans la région de l'urèthre bulbaire un peu en arrière de la racine de la verge.

A un stade avancé, l'épithélioma de l'urèthre masculin se traduit par une ulcération du méat qui inquiète, à juste titre le patient et le pousse à consulter.

Ces différents symptômes sont d'apparition progressive. Il en est d'autres qui apparaissent beaucoup plus rapidement, et c'est brusquement que s'installent parfois :

- une rétention d'urine
- une péri-urèthrite aigue
- une orchite (Diel - Rothe)
- une orchi-épididymite.

Au stade ultime de l'évolution, tous les organes de la sphère uro-génitale peuvent être envahis, et on peut constater l'atteinte néoplasique :

- de la vessie
- de la prostate
- des corps caverneux
- des glandes de Mery-Cooper
- du gland
- des bourses
- voire du testicule.

Enfin, l'envahissement pénien ou périnéal est total.

Différents examens para-cliniques apportent souvent des renseignements précieux :

en particulier

- l'urèthrographie
- l'urèthroscopie.

L'urèthrographie pourra montrer :

- soit une solution de continuité dans l'opacité de l'urèthre.
- soit une image "en moins", trahissant la présence de bourgeons néoplasiques.
- soit des images lacunaires.

(Guillemin - Brulé).

L'urèthroscopie peut apporter des renseignements intéressants et elle doit - ainsi que l'urèthrographie - être faite systématiquement. Elle peut bien sûr - c'était le cas de notre malade - ne rien apporter de franchement positif. Mais, cet examen s'avère parfois très précieux et les auteurs de Nancy ont établi une classification des lésions susceptibles d'être rencontrées, classification très claire et très complète. Nous la rapporterons succintement ici :

"Les différentes lésions rencontrées - pouvant s'intriquer entre elles - sont les suivantes :

- aspect d'infiltration molle
- aspect d'infiltration dure
- présence d'excroissances néoplasiques
- existence d'ulcérations".

Selon les cas, c'est-à-dire selon le stade d'évolution, le rélèvement biopsique se fera par voie externe s'il y a un nodule énien ou périnéal (cas de notre patient).

D'autres examens peuvent être pratiqués : il est intéressant e noter en effet que le diagnostic d'épithélioma fut - sur une érie de 12 cas - confirmé 4 fois par l'examen du sédiment urinai-e, sur urines fraîchement émises, par la méthode de Papanicolaou Lowell R. King).

Gladstone et Amselem insistent également sur l'intérêt de la echerche de cellules néoplasiques dans l'écoulement urèthral.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

TRAITEMENT

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ainsi que le soulignent P. GUILLEMIN, A GUILLEMIN et A. BRULE, le diagnostic posé, l'indication thérapeutique sera essentiellement basée sur 4 facteurs :

- la localisation de la tumeur
- son stade d'évolution
- l'âge du malade
- l'état général de ce malade.

Notre but n'est pas ici d'entreprendre une étude approfondie du traitement de l'épithélioma primitif de l'urèthre masculin. Chaque forme est redevable d'un traitement particulier. Nous insisterons uniquement sur le traitement curateur appliqué à notre malade, dont l'observation fait l'objet de cette thèse. Traitement qui représente un caractère instructif indéniable puisqu'il a permis au malade de garder un urèthre sensiblement normal.

Toutefois, il nous faut souligner auparavant quelques points très importants concernant la thérapeutique de ce cancer lorsqu'on décide de l'entreprendre. Il faut noter tout d'abord le pronostic plus sombre des épithéliomas haut-situés. En effet, ainsi que le font observer les auteurs de Nancy : ....

"Seuls les ganglions inguinaux et rétro-cruraux inférieurs sont perceptibles ainsi que les ganglions intercalés pré-symphysaire et de Bazy. Or ces gîtes lymphatiques sont l'aboutissant des seuls troncs efférents de l'urèthre pénien. Les lymphatiques de l'urèthre bulbaire, membraneux, prostatique et sus-montanal sont profonds et imperceptibles."

L'état général des malades, par ailleurs, est une notion très

importante à préciser car si dans les atteintes néoplasiques de l'urèthre distal l'intervention est bien supportée par les patients, il n'en est plus de même lorsque l'urèthre postérieur est atteint, car il est nécessaire d'effectuer une chirurgie d'exérèse qui, si elle doit être faite à fond est choquante. C'est dire l'importance primordiale d'un sérieux bilan pré-opératoire.

Ces deux notions précisées, nous étudierons uniquement les indications opératoires de l'épithélioma de l'urèthre membraneux, cas du malade traité par le Docteur DELOUCHE et qui fait l'objet de cette étude.

Ce malade présentait de toute évidence un épithélioma à un stade extrêmement peu avancé.

Une urèthrectomie fut donc pratiquée, la peau étant rapprochée pour recouvrir le lit de l'urèthrectomie. Les deux extrémités de l'urèthre étant abouchées aux fragments de peau ainsi rapprochés. Dans le même temps, on effectua une cystostomie sus-pubienne. Celle-ci- très mal supportée, poussa le chirurgien à rétablir la continuité urèthrale très rapidement. Et,c'est là que réside l'originalité du traitement, c'est par la méthode de Denis Brown - conçue originellement pour la cure des hypospadias - que la réfection de l'urèthre fut faite :

" Incision de part et d'autre de l'ancienne cicatrice,débordant en avant et en arrière des deux extrémités urèthrales.Taille d'un lambeau à la face inférieure des bourses. Dissection très large des deux lambeaux latéraux. Affrontement par des points de nylon. Points de rapprochement au nylon".

Ainsi que le conseillait l'anatomo-pathologiste lors de l'examen de la pièce opératoire, une irradiation immédiate post-opératoire avait été envisagée mais - ainsi qu'il est indiqué plus haut - le rétablissement de la continuité dut être envisagé plus rapidement que prévu et ce malade a subi bien entendu après cette deuxième intervention un traitement radiothérapique intensif (Dr E. JOLIVET - de la Baule) :

- 3 500 r sur un champ périnéal
- 3 600 r sur un champ sus-pubien.

Cette thérapeutique, à visée curatrice était évidemment idéale devant cette lésion bien limitée et à son tout début.

Au stade II, il est nécessaire d'effectuer une large excision de la tumeur, suivie - lorsque cela est possible - d'une plastie urèthrale.

Au stade III, le chirurgien est évidemment guidé par les propagations cancéreuses, nécessitant des interventions d'exérèse plus ou moins larges. Il va sans dire que tout doit être tenté pour épargner le pénis si le sujet est jeune. Le curage ganglionnaire iliaque sera pratiqué si l'état général le permet, sinon la radio-thérapie de principe conserve quelques indications (GUILLEMIN A et P. P. Brule A).

-=-=-=-=-=-=-=-=-

PROPOSAL

"Le carcinome de l'urèthre est une affection sévère et souvent fatale ". (Howe - Prentiss - Mullenix - Feeney).

Le cancer primitif de l'urèthre mâle s'avère être en effet une affection au pronostic sévère.

Découvert le plus souvent tardivement, le pourcentage "d'inopérables" est assez important. Bon nombre de malades également ne peuvent supporter qu'une intervention palliative, c'est-à-dire une cystostomie.

Et, si bon nombre de patients malgré tout restent redevables d'une intervention curatrice, le traitement de cette affection reste très délicat.

Guillemin et Brulé (Nancy) d'après leurs statistiques notaient :

- 3 % de mortalité opératoire immédiate
- 15 % de survie sans récidive de plus de 5 ans.

La survie des malades ayant subi uniquement une intervention palliative n'a que rarement dépassé 12 mois.

Lowell R. King sur une étude concernant 12 malades personnels, rapporte les chiffres suivants :

- 1 survie de 10 ans après intervention pour carcinome de l'urèthre bulbaire (cystectomie, prostatectomie, évidemment de la portion urinaire du périnée, urètèro-sigmoidostomie et amputation du pénis).
- 1 survie de 5 ans $\frac{1}{2}$ (cancer de l'urèthre pénien-Amputation du pénis).
- 1 survie de 5 ans (Néo urèthre membraneux).
- 2 survies de 4 ans (Néo de l'urèthre pénien).
- 1 survie de 2 ans (Néo de l'urèthre bulbaire).

- 1 survie d'un an et demi (métastases après amputation du pénis pour néo de l'urèthre pénien).

- 2 survies d'un an (métastases - néo de l'urèthre prostatique).

- 1 survie de 8 mois [illegible] l'urètre [illegible].

- 1 survie de 4 semaines (néo de l'urèthre bulbaire).

- 1 survie d'une semaine (néo de l'urèthre bulbaire).

Harry M. Spence et John Denman rapportent le cas d'une guérison de 7 ans après excision chirurgicale radicale d'une tumeur de l'urèthre bulbaire, avec rétablissement de la continuité par anastomose de l'urèthre pénien à l'urèthre membraneux.

L'observation rapportée dans cette thèse (Dr DELOUCHE)permet de noter une survie de 4 ans et demi jusqu'à ce jour pour un néoplasme de l'urèthre membraneux traité par urèthrectomie puis urèthroplastie, complétées par une radiothérapie intensive.

-:-:-:-:-:-:-:-

C O N C L U S I O N

Cette thèse basée sur une seule observation, tire son in-
érêt de la précocité du diagnostic et du traitement curateur qui
été possible, ce traitement ayant permis de garder au malade
n urèthre sensiblement normal.

Le diagnostic a été possible très précocement du fait de
'extériorisation immédiate de la tumeur et de l'apparition rapide
e troubles de la miction chez un malade qui urinait parfaitement
ien jusque là et qui a été tout de suite alerté.

Ce diagnostic posé très précocement a permis un traitement
uratif très large, mais cependant non mutilant définitivement,
e qui est relativement rare à obtenir d'après les observations
ubliées.

Une urèthrectomie large a pu enlever la tumeur et a permis,
ans un second temps, de rétablir la continuité de l'urèthre, ne
aissant qu'un rétrécissement cicatriciel que l'on dilate de moins
n moins fréquemment (deux fois par an actuellement).

Celà est un succès de la technique de Denis Brown appliquée
ci pour une lésion assez différente de celle pour laquelle elle
été conçue (c'est-à-dire pour la cure des hypospadias). La durée
e survie qui approche actuellement de 5 ans semble montrer que le
urage ganglionnaire chirurgical n'était pas nécessaire, le trai-
ement radiothérapique paraissant s'être révélé suffisant dans
ette tumeur vue à son début. C'est là tout l'intérêt de cette
bservation d'une affection rare, mais d'un prosnostic semble-t-il
rès souvent sévère et dont le traitement laisse souvent une muti-
ation et une infirmité considérable avec une survie fréquemment
rès courte.

Notre malade, s'il n'est évidemment pas à l'abri d'une récidive, encore possible, a pu reprendre depuis 4 ans ½ la même activité qu'il avait avant l'apparition de la tumeur, et cela, dans une affection classiquement aussi grave, nous a paru suffisamment intéressant pour étudier de près son observation.

5603 L

14-12-64

TITRE

A PROPOS D'UN CAS D'EPITHELIOMA PRIMITIF PARA-MALPIGHIEN DE L'URETHRE MASCULIN

VU LE DOYEN

G. CORDIER

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS

J. ROCHE

Signature du Président de Thèse
Professeur Pierre ABOULKER

Michel Yves LUCAS
Hôpital St-Nazaire

BIBLIOGRAPHIE

1 - ALEXANDER R.C.- Cancer primaire de l'urèthre mâle.- Brit.J. Urol. - Juin 1951, 23, No 2, 139-141.

2 - BAKER W.J., GRAF E.C et VANDENBERG J.- Le cancer primaire de l'urèthre mâle.- J. of Urol. Mars 1954, 71, No. 3,327-337, 6 figures.

3 - BOLL G.- Le cancer des voies urinaires chez l'homme.- Zbl. Chir. 1954, 79, No.2,66-74, 6 figures.

4 - COOKE R.T.- Epithélioma de l'urèthre mâle consécutif à une blessure.- Brit. Med.J., 29 nov. 1952,No 4795, 1187.

5 - DEAN A.L.- Le cancer de l'urèthre mâle et de l'urèthre féminin : pathologie et diagnostic.- J.of Urol. mars 1956, 75, No. 3 505-513.

6 - DELOUCHE G.- Un cas de cancer de l'urèthre (résection et rétablissement de la continuité).- J. Urologie, juin 1962, 68 No. 6, 461-464.

7 - ELTON A.- Le cancer primaire de l'urèthre mâle. Relation d'un cas et revue de la littérature.- Brit. J. Surg., janv. 1952, 39, No. 156,316-318.

8 - EWERT E.E.- Traitement du carcinome de l'urèthre mâle. (Trait. du Cancer. Pack et Ariel, Vol 7) L'appareil génito-urinaire mâle, New-York. HARPER ET ROW, chap. 9,1962, 138-143.

9 - FAGAN G.E. and HERTIG A.T.- Carcinome de l'urèthre féminin, Obs and Gyn. 6, 1-11, 1955.

10- FLOCKS R.H.- Le traitement des tumeurs de l'urèthre.- J. of Urol. mars 1956, 75, No. 3, 514-526, 9 figures.

11- GALLEY H. et BEST J.- Cancer de l'urèthre mâle.- J. of Urologie oct. 1949, 62, No.4, 507-512.

12- GLADSTONE S.A.- Cancer de l'urèthre mâle diagnostiqué par la biopsie-éponge.- J. Am. Med. Ass., 20 sept.1952, 150, No. 3, 212-213.

13- GOMEZ J. ET FIRSTATER M.- Cancer primitif de l'urèthre masculin. Prensa. med. Argent., 18 fév. 1949, 36, No. 7, 319-328, 5 figures.

14- GOWING N.F.C.- Trois cas d'épithéliomas de l'urèthre apparus dans les suites de cystectomies pour cancer de la vessie.- Brit. J. Urol., Déc. 1960, 32 No. 4, 428-439, 11 figures.

15- GUILLEMIN A., GUILLEMIN P. et BRULE A.- L'épithélioma primitif de l'urèthre chez l'homme.- J. Urologie, 1954, 60, No. 6, 424-430, 6 figures.

16- HASCHE-KLUNDER R.- Un cancer rare de l'urèthre chez l'homme.- Zschr. Urol., 1953, 46, No. 5, 197-201.

17- IAN M. THOMPSON et F. GARY-BIVINGS.- Différents aspects du carcinome urèthral.- J. of Urol. 1952.

18- HOTCHKISS R.S. et AMELAR R.D.- Le cancer primaire de l'urèthre mâle.- J. of Urol., déc. 1954, 72, No. 6, 1181-1191, 7 figures.

19- HOWE G.E., PRENTISS R.J., MULLENIX R.B. et FEENEY M.Y.- Cancer de l'urèthre.- J. of Urol., fév. 1963, 89, No. 2, 232-235., 9 tabl.

20- HOURTOULLE ET GERARD Y.- Le petit bassin.- Anat.

21- KAUFMAN J.J et GOODWIN W.E.- Cancer de l'urèthre mâle. Traitement chirurgical en un temps par excision périnéal radicale et transplantation du trigone sectionné dans le rectum.- Surg. Gyn, Obst.,nov. 1953, 97, No. 5, 627-632, 6 figures.

22- KIMBROUGH J.C.- Cancer de l'urèthre mâle.- Urol. Cutan. Rev., fév. 1951, 55, No. 2, 78-80.

23- KIRKMAN N.F.- Cancer primitif de l'urèthre pénien.- Brit. J. Surg. oct. 1949, 37, No 146, 162-165.

24- KIRKMAN N.F.- Un cancer de l'urèthre après urétroplastie.- Brit. J. Surg. mars 1961, 48, No. 211, 508-511, 5 figures.

25- KOHN K. et LAENGNER H.- Un épithélioma à cellules plates kératinisées de l'urèthre chez un nourisson de 2 mois.- Zbl. Gyn. 26 mai 1956, No. 21, 829-835.

26- KREUTZMANN H.A.R. et COLLOFF B.- Carcinome primaire de l'urèthre mâle.- Arch. Surg. 1939, 39, 513-529.

27- LECHEVALLIER A.J.R.- Contribution à l'étude clinique du cancer de l'urèthre antérieur chez l'homme.- Thèse Paris, 1939, No. 92, 49 pages.

28- LEVIN H.A.- Un cas de cancer primitif de l'urèthre mâle avec hypertrophie bégnigne de la prostate.- Urol. Cutan. Rev. nov. 1951, 55, No. 11, 682-683.

29- LOWER W.E. et HAUSFELD K.F.- Carcinome primitif de l'urèthre masculin, J. of Urol. 1947, 58, No. 3, 192-206.

0- MAURER, LICH J.E., ROBERT J.E. et BURDON S.- Résection élective de certains rétrécissements uréthraux.

1- Mc CREA L.E., FURLONG J.H.- Cancer primitif de l'urèthre mâle.- J. of Urol., fév. 1952, 67, No. 2, 216-217.

2- MARSHALL V.F.- L'excision radicale d'un cancer localement étendu de l'urèthre mâle profond.- J. of Urol. sept. 1957, 78, No. 3, 252-264, 13 figures.

3- NANSON E.M.- Cancer primitif de l'urèthre mâle.- Brit. J. of Urol., sept. 1951, 23, No. 3, 222-229, 6 figures.

4- PERL J.L.- Irradiation bêta intraluminale dans la leucoplastie rétrécissant de l'urèthre mâle.- J. of Urol., janv. 1964, 91, No. 1, 76-78.

5- POSSO M.A. BURG G.A., MURPHY A.L. et TOTTENR R.S.- Présentation d'un cas d'adénocarcinome de l'urèthre associé à une uréthrite glandulaire.- J. of. Urol., juin 1961, 85, No. 6, 891-895.

6- POTEMPA P.E.- Tumeurs uréthrales papillaires multiples métastases de tumeurs pelviennes rénales.- J. of Urol. sept. 1953, 70, No. 3, 512-514.

7- PRICE C.- Un cas d'épithélioma primaire de l'urèthre mâle.- Méd. J. Australia, 11 déc. 1948, No. 24, 691-692.

8- RATNER M. et SCHNEIDER C.- The relationship or uréthral caruncle to cancer uréthra. Canada M.A.J. 58, 373, 1948.

9- RICHES E.W. et CULLEN T.H.- Cancer de l'urèthre.- Brit. J. Uro. sept. 1951, 23, No. 3, 209-221, 15 figures.

0- ROSENBLOOM D.- Trois problèmes de diagnostics urologiques (cancer de l'urèthre postérieur, tuberculose rénale et stérilité par défaut de coît). Urol. Cutan. rev. juin 1951, 55, No. 6, 336.

1- SIGNORELLI H.- Les tumeurs primitives de l'urèthre masculin. (A propos de mélano-carcinome de l'urèthre) Presse médicale 328 av.

2- SOIFER S. et SOLOMON C.- Cancer primaire de l'urèthre masculin.- New-York Stade J. Méd. 1er oct. 1950, 50, No. 19 2314-2315.

3- SPENCER H.M. et DENMAN J.-Cancer primaire de l'urèthre mâle ; Relation d'un cas traité durant 7 ans par excision chirurgicale radicale.- J. of Urol. oct. 1957, 78, No. 4, 414-420, 6 figures.

44- THOMPSON I.M. et BIVINGS F.G.- Aspects du cancer de l'urèthre.- J. of Urol. juin 1962, 87, No. 6, 891-895.

45- THORSRUD G.-Tumeur de l'urèthre mâle : "myoblastome de la partie périnéale de l'urèthre". Acta Chir. scand. 26 mars 1952, 103, No. 1, 302-300.

46- UHLE C.A. et HOLFELNER E.D.- Cancer de l'urèthre mâle.- J. of Urol. juil. 1952, 68, No. 1 302-310.

47- VERNON H. et WILKINS R.- Le cancer primaire de l'urèthre mâle. Relation d'un cas.- Brit. J. Urol. sept 1949, 21, No. 3, 232-236.

48- WERNER H.- Pathogénèse et traitement de la leucoplasie des voies urinaires en considération d'un cas de leucoplasie de l'urèthre.- Zschr. Urol. oct.1963, 56, No. 10, 351-359.

49- WESTON P.E.M. et SMITH B.J.- Mélanome métastatique de la vessie et de l'urèthre.- Brit. J. Surg. janvier 1964, 51, No. 1, 78-79.

50- YOUNG H.H.- Une nouvelle opération rédicale pour le cancer du bulbe uréthral.- Surg. Gynec. Obst. 1939, 68, 77-86.

51- ZASLOW J. et PRIESTLEY J.T.- Carcinome primitif de l'urèthre masculin.- J. of Urol., 1947, 58, No. 3, 207-211.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-